



RELACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO (RASGOS DE PERSONALIDAD) Y LA
PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LOS UNIFORMADOS
DE LA POLICÍA NACIONAL, SECCIONAL BOLÍVAR DE LA REGIÓN DE LOS
MONTES DE MARÍA.

Carmen Cecilia Berrocal Moreno
Martha Cecilia Fernández Pérez
Ferdilsa del Carmen Fuentes Castro

Amaury García Blanco
Director

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
PSICOLOGÍA
CARTAGENA DE INDIAS D.T. Y C.
2002

LISTA DE TABLAS**pág**Tabla 1:

Distribución según rasgos de personalidad. HIPOCONDRIASIS 39

Tabla 2:

Distribución según rasgos de personalidad. DEPRESION 40

Tabla 3:

Distribución según rasgos de personalidad. HISTERIA 41

Tabla 4:

Distribución según rasgos de personalidad. DESVIACION PSICOP. 42

Tabla 5:

Distribución según rasgos de personalidad. MASCULINIDAD – FEMI. 43

Tabla 6:

Distribución según rasgos de personalidad. PARANOIA 44

Tabla 7:

Distribución según rasgos de personalidad. PSICASTENIA 45

Tabla 8:

Distribución según rasgos de personalidad. ESQUIZOFRENIA 46

Tabla 9:

Distribución según rasgos de personalidad. HIPOMANIA 47

Tabla 10:

Distribución según rasgos de personalidad. INTROVERSION SOCIAL 48

Tabla 11:

Distribución según rasgos de personalidad. FUERZA DEL YO 49

Tabla 12:

Distribución según rasgos de personalidad. DEPENDENCIA	50
--	----

Tabla 13:

Distribución según rasgos de personalidad. DOMINANCIA	51
---	----

Tabla 14:

Distribución según rasgos de personalidad. RESPONSABILIDAD	52
--	----

Tabla 15:

Distribución según rasgos de personalidad. CONTROL	53
--	----

Tabla 16:

Síntomas de TEPT. PREOCUPACION POR SU SALUD	54
---	----

Tabla 17:

Síntomas de TEPT. POCO O NINGUN DESEO SEXUAL	55
--	----

Tabla 18:

Síntomas de TEPT. TENSION FAMILIAR	56
------------------------------------	----

Tabla 19:

Síntomas de TEPT. NO CONFIAR EN NADIE	57
---------------------------------------	----

Tabla 20:

Síntomas de TEPT. ALGO MALO QUE HAYA OCURRIDO	58
---	----

Tabla 21:

Síntomas de TEPT. PENSAMIENTOS O SUEÑOS SOBRE.	59
--	----

Tabla 22:

Síntomas de TEPT. SOMETIMIENTO A VIOLENCIA FISICA	60
---	----

Tabla 23:

Matriz de asociación entre Rasgos y Síntomas de TEPT	62
--	----

LISTA DE FIGURAS

	pág
<u>Figura 1:</u> Distribución rasgos de personalidad. HIPOCONDRIASIS	38
<u>Figura 2:</u> Distribución según rasgos de personalidad. DEPRESION	39
<u>Figura 3:</u> Distribución según rasgos de personalidad. HISTERIA	40
<u>Figura 4:</u> Distribución según rasgos de personalidad. DESVI. PSICOP.	41
<u>Figura 5:</u> Distribución según rasgos de personalidad. MASCU – FEMI.	42
<u>Figura 6:</u> Distribución según rasgos de personalidad. PARANOIA	43
<u>Figura 7:</u> Distribución según rasgos de personalidad. PSICASTENIA	44
<u>Figura 8:</u> Distribución según rasgos de personalidad. ESQUIZOFRENIA	45
<u>Figura 9:</u> Distribución según rasgos de personalidad. HIPOMANIA	46
<u>Figura 10:</u> Distribución según rasgos de personalidad. INTROV. SOCIAL	47
<u>Figura 11:</u> Distribución según rasgos de personalidad. FUERZA DEL YO	48
<u>Figura 12:</u> Distribución según rasgos de personalidad. DEPENDENCIA	49
<u>Figura 13:</u> Distribución según rasgos de personalidad. DOMINANCIA	50
<u>Figura 14:</u> Distribución rasgos de personalidad. RESPONSABILIDAD	51
<u>Figura 15:</u> Distribución según rasgos de personalidad. CONTROL	52
<u>Figura 16:</u> Síntomas de TEPT. PREOCUPACION POR SU SALUD	53
<u>Figura 17:</u> Síntomas de TEPT. POCO O NINGUN DESEO SEXUAL	54
<u>Figura 18:</u> Síntomas de TEPT. TENSION FAMILIAR	55
<u>Figura 19:</u> Síntomas de TEPT. NO CONFIAR EN NADIE	56
<u>Figura 20:</u> Síntomas de TEPT. ALGO MALO QUE HAYA OCURRIDO	57
<u>Figura 21:</u> Síntomas de TEPT. PENSAMIENTOS O SUEÑOS SOBRE.	58

Figura 22:Síntomas de TEPT. SOMETIMIENTO A VIOLENCIA FISICA 59

Figura 23:Distribución sujetos según rasgos de personalidad. 60

Figura 24: Distribución sujetos según síntomas de TEPT. 62

Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo comprobar si existe relación entre los factores de riesgo rasgos de personalidad y la presencia de síntomas de estrés postraumático en los uniformados de la policía nacional seccional bolívar de la región de los montes de María. Fue un estudio descriptivo correlacional, se trabajo con una población de 140 uniformados y la muestra estuvo conformada por 42 policías pertenecientes a la región de los montes de María. Se aplicaron dos inventarios, el MMPI que mide rasgos de personalidad y el PRIME MD que mide síntomas de estrés postraumático. Como resultado se pudo observar que estadísticamente no se encontró la relación planteada en la hipótesis de trabajo, por lo que se hace necesario establecer que otros factores están influyendo en dichas variables. Lo anterior conlleva a proponer que en la policía nacional se deben implementar programas de promoción y prevención en salud y la evaluación de los procesos de reclutamiento y selección de dichos uniformados.

RELACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO (RASGOS DE PERSONALIDAD) Y LA PRESENCIA DE SINTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LOS UNIFORMADOS DE LA POLICIA NACIONAL SECCIONAL BOLIVAR EN LA REGION DE LOS MONTES DE MARIA.

Según el DSM IV, el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) se describe como un patrón de síntomas característicos que siguen a la exposición a un acontecimiento traumático, donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o amenaza para su integridad física. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-IV, 1995)

El estrés Postraumático se presentó como diagnóstico oficial en 1980 con la aparición del DSM III- R. (Toro y Yepes, 1997)

El individuo que sufre de estrés postraumático debe en primer lugar, haber experimentado, haber sido testigo o haberse enfrentado a un acontecimiento que entrañase una amenaza de muerte, una muerte real, una lesión grave o una amenaza a la integridad física. En segundo lugar, la respuesta del individuo al acontecimiento tuvo que incluir un miedo intenso, indefensión o terror. De este modo, un acontecimiento se define como traumático cuando ha implicado la muerte o la lesión grave o la amenaza de muerte o lesión y el individuo experimenta un fuerte afecto negativo en respuesta al suceso, caracterizada por incluir terror desesperanza y horrores intensos. (DSM IV, 1995)

Según el DSM-IV, el estrés Postraumático se describe en 6 criterios diagnósticos:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intenso.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de Flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausentes antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
 2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
 3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
 4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
 5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
 6. Restricción de la vida afectiva (por ej. , Incapacidad para tener sentimientos de amor).
 7. Sensación de un futuro desolador (por ej. No espera obtener un empleo, casarse, formar una familia, en definitiva, llevar una vida normal).
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (ausente antes del trauma), tal y como lo indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
 2. Irritabilidad o ataques de ira.
 3. Dificultades para concentrarse.
 4. Hipervigilancia.
 5. Respuestas exageradas de sobresalto.
- E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. (Masson, 1995).

Teniendo en cuenta los criterios diagnósticos; es preciso realizar una evaluación exhaustiva para poder diagnosticar correctamente la entidad de trastorno por estrés Postraumático.

No todos los síntomas psicopatológicos que aparecen en individuos expuestos a un factor estresante de carácter extremo deben atribuirse necesariamente a un trastorno por Estrés Postraumático. Los síntomas de evitación, embotamiento emocional y aumento de la activación previa al acontecimiento traumático, no reúnen los criterios para el diagnóstico del estrés Postraumático y deber ser diagnosticados como secundarios a otros trastornos (Por ej. ; un trastorno de estado de ánimo u otros trastornos de ansiedad). Es más, si el cuadro sintomático, pese a aparecer como respuesta a un factor estresante de carácter extremo, reúne los criterios de otro trastorno mental (por Ej. Trastorno psicótico breve, trastorno de conversión, trastorno depresivo mayor), en vez de un trastorno por estrés Postraumático, o además de él, debe diagnosticarse el otro trastorno mental.

En el trastorno de adaptación, aunque el estrés puede ser cualquier severidad, generalmente no es de tipo extremo catastrófico y el patrón de síntomas es diferente al Trastorno por Estrés Postraumático. (Masson, 1995)

El trastorno por estrés agudo se diferencia del trastorno por estrés Postraumático porque el cuadro sintomático del primero debe aparecer y resolverse en las primeras 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático. Si los síntomas persisten más de 1 mes y reúnen los criterios de trastorno por estrés Postraumático, debe cambiarse al diagnóstico de trastorno por estrés agudo por el trastorno por estrés Postraumático.

En el trastorno obsesivo-compulsivo hay pensamientos intrusivos de carácter recurrente, el individuo los reconoce como inapropiados y no se relacionan con la experiencia de un acontecimiento traumático. Los flashbacks típicos del trastorno por estrés Postraumático deben distinguirse de las ilusiones, alucinaciones y otras alteraciones perceptivas que pueden aparecer en la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos, trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, delirium, trastornos relacionados con sustancias y trastorno psicóticos debidos a enfermedad médica. (DSM IV, 1995)

El trastorno por Estrés Postraumático tuvo que afrontar diversos cambios para poder llegar a un diagnóstico oficializado en 1980 por el DSM-III-R, uno de ellos, fue su nombre, anteriormente conocido en el último tercio del siglo XIX como neurosis traumática. La historia del concepto de neurosis traumática y la de su evolución hasta el llamado trastorno por estrés Postraumático es demasiado particular. De la primera denominación interesa la utilización del vocablo neurosis, creado por (Cullen, 1777), quien lo utiliza para designar a todos los síntomas nerviosos sin base orgánica conocida, posteriormente la teoría freudiana le adjudicó su sentido moderno, es decir, confiriéndole al conjunto de síntomas que la caracterizan, un sentido, una etiología, una psicopatología, una teoría de su producción.

(<http://www.apsa.org.ar/publica/desa5/desa53.html>)

Esta afirmaba que el origen del estrés postraumático provenía de un conflicto inconsciente de un trauma de la infancia.

La experiencia de la primera guerra mundial hizo que durante la segunda conflagración se tomaran algunas medidas de prevención.

Desde el punto de vista etiopatogénico fueron señalados la ausencia de los enfrentamientos, la duración de la exposición a los mismos, la cohesión de grupo, la personalidad del jefe y los conflictos intrapsíquicos previos que parecieron ser más importantes que el miedo o el agotamiento.

El rol predisponente de la personalidad y el de la preexistencia de neurosis fue admitido por todos los autores quienes aceptaron como etiología de la neurosis de guerra o enfrentamiento a la conjunción del acontecimiento y de la personalidad en proporciones variables según 3 combinaciones tipificadas, desde las concepciones psicoanalíticas: (a) una personalidad sana y descansada resiste a la agresión, (b) una personalidad sana pero agotada y desarrollada es vulnerable a la agresión y puede desarrollar una neurosis traumática pura y (c) una personalidad neurótica que vive movilizándose sin cesar su energía disponible para salvaguardar represiones más antiguas se descompensará ante las más mínimas agresiones dando una neurosis traumática con síntomas psiconeuróticos.

En los Estados Unidos, la experiencia de la guerra de Vietnam, llevó a los autores del DSM en su versión III (1980) a otorgar nuevamente un lugar especial a las consecuencias de las experiencias bélicas traumáticas. En dicha versión del manual aparece por primera vez la denominación trastorno por estrés Postraumático, y hasta la fecha sigue bajo esta misma denominación en el DSM-IV publicado en 1995.

De igual forma los hechos violentos ocurridos durante las últimas décadas del siglo XX, han proporcionado más ejemplos de las reacciones traumáticas observados en los periodos históricos anteriores, y por tanto inigualable información para el avance y el estudio del TEPT.

([HTTP://www.apsa.org.ar/publica/desa5/desa53.html](http://www.apsa.org.ar/publica/desa5/desa53.html))

Tan importante ha sido la evolución que ha tenido esta patología que hoy en día con nombre propio, se ha podido identificar la prevalencia y curso en la población mundial, a raíz de las múltiples investigaciones que se han realizado para tal fin.

El estudio epidemiológico americano (ECA) dio para el estrés Postraumático una prevalencia durante la vida de 1%, siendo el 1.3% para mujeres y 0.5% para varones. En individuos en riesgo (veteranos de guerra, víctimas de desastre, etc.) la prevalencia puede ser de 3 - 58%. La prevalencia aumenta con la severidad, duración y proximidad del trauma.

El TEPT tiene alta comorbilidad con otros diagnósticos: farmacodependencia y alcoholismo en 20-80% de pacientes; depresión mayor en 10-50%. (Toro y Yepes, 1997)

Este trastorno puede presentarse a cualquier edad, los síntomas del trastorno por estrés Postraumático generalmente comienzan de inmediato o poco después del trauma (en los tres primeros meses), si bien puede existir un lapso temporal de meses e incluso años antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto.

Los síntomas del trastorno y la predominancia relativa de la experimentación, comportamiento de evitación y síntomas de activación

psicofisiológica pueden variar ampliamente a lo largo del tiempo; también pueden desarrollar conductas desorganizadas, síntomas disociativos, cambios psicomotores y algunas veces paranoia.

Con relación a la duración de los síntomas se observan considerables variaciones. El 50% de los afectados obtienen recuperación completa los primeros meses, los otros pueden continuar con síntomas crónicos indefinidamente. (Toro y Yepes, 1997)

El curso longitudinal del trastorno por estrés Postraumático es variable, la recuperación permanente ocurre en algunas personas, considerando que en otras ocurren leves o moderadas fluctuaciones; aún otros muestran una fluctuación más obvia, con períodos intermitentes de bienestar y reaparición de la mayoría de los síntomas. En un número limitado de casos, el paso del tiempo no brinda una resolución de los síntomas, y la condición del paciente tiende a deteriorarse con los años. Los síntomas particulares que han sido encontrados, incrementan con el tiempo en muchas personas, estos incluyen respuestas de alarma, pesadillas, irritabilidad y depresión. Los clínicos también consideran que las marcadas respuestas de alarma o Hipervigilancia provenientes de una aguda exposición al enfrentamiento, frecuentemente representa una señal de un pobre pronóstico. (Tasman, Kay y Lieberman, 1997)

Según el DSM IV, existen tres tipos de trastornos por estrés Postraumático, el agudo con una duración menor a tres meses; el crónico que dura tres meses o más y el de inicio demorado en donde el tiempo transcurrido entre el

acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo seis meses. (DSM IV, 1995)

Lo importante de todo esto, es que varias investigaciones coinciden en que el trastorno por estrés Postraumático lo precipita un suceso intensamente angustioso, sin embargo, este factor solo no es suficiente para explicar el trastorno, ya que no todos los individuos expuestos a un estresante traumático contraen el síndrome completo o cumplen los requisitos para recibir el diagnóstico. Los intentos de explicar estas diferencias y de predecir quien es vulnerable se han centrado en factores genéticos, familiares, biológicos (especialmente hormonales) y sociales (es decir, apoyo social), Los primeros estudios de los veteranos de la guerra de Vietnam indicaron una teoría del aprendizaje de los factores para representar la patología relacionada con este traumatismo.

Mientras el trastorno parece ser un resultado de los procesos de aprendizaje, se han sugerido muchos factores para explicar por qué algunas personas desarrollan el TEPT y otras no. (Tasman y cols, 1997).

Según el DSM IV, la gravedad, duración y proximidad de la experiencia de la exposición de un individuo al suceso traumático son los factores más importantes que afectan la probabilidad de desarrollar el TEPT.

Una revisión de estudios que abarcan varios estresores en grupos de víctimas mostró que la magnitud del estresante era directamente proporcional al riesgo de padecer el TEPT. Además, la precipitación del suceso, el miedo a perder la integridad corporal o la vida, el temor a la propia cobardía, el horror a caer prisionero y ser maltratado o torturado por el enemigo, el malestar físico

por hambre o agotamiento, privación del sueño, el ruido de las ondas expansivas de los explosivos, etc. han demostrado ser factores previsores importantes en diversas poblaciones, incluyendo personal que haya vivenciado enfrentamientos armados o guerras.

Aunque la naturaleza del estresante puede ser un determinante principal en la respuesta a sucesos traumáticos, el resultado también se puede ver afectado por otros factores individuales y sociales, entre los primeros se encuentran la psicopatología premórbida, ya que condiciones patológicas preexistentes o pre-enfrentamiento predisponen al desarrollo del desorden de TEPT y para muchos otros, como el abuso de droga y alcohol.

Los antecedentes del trauma, altos niveles de angustia psicológica general y modos disfuncionales de hacer frente a las situaciones, son también otros factores que han sido vinculados a un riesgo de padecer el TEPT en personal que acude a enfrentamientos armados. Además varias investigaciones han relacionado factores genéticos predisponentes, y otros factores hormonales con el riesgo de padecer de TEPT. Entre los factores sociales, se ha demostrado que la calidad del ambiente de recuperación, medida en función del apoyo social, afecta la probabilidad de padecer el trastorno después de estar expuestos a un enfrentamiento y a lesiones por quemaduras.

([HTTP://www.nci.nih.gov](http://www.nci.nih.gov))

Con relación al apoyo social, ha sido generalmente caracterizado como el grado de soporte previsto a un individuo, particularmente en momentos de necesidad por las personas involucradas como el esposo/a, familia, amigos,

vecinos, compañeros de trabajo y miembros de la comunidad mayor. (Richaud De Minzi y Sacchi, 1999)

Se ha publicado recientemente abundante evidencia que relaciona el apoyo social con la salud psíquica y física. Se ha señalado que el apoyo social favorece la salud, bien porque se relacione negativamente con el comienzo de enfermedades u otros problemas de salud, o bien porque facilita la recuperación de los pacientes con algún tipo de trastorno.

Los efectos directos del apoyo social sobre la salud se han postulado porque el hecho de estar integrado en grupos (redes sociales, amigos, familia etc.) facilita experiencias individuales positivas como la autoestima, el afecto positivo, la sensación de control sobre el medio ambiente, etc.; sugiriéndose que estas experiencias personales protegen al individuo de los trastornos físicos y mentales. (Belloch, Sandín y Ramos, 1998).

En cuanto a los factores biológicos, la evidencia sugiere que un número de síntomas neurobiológicos están implicados en el estrés Postraumático, no ha sido claramente probado que tales cambios resulten del trauma, sin embargo, en el caso de datos psicofisiológicos, hay evidencia sugestiva de que esto es así. (Tasman y cols, 1997)

Los factores genéticos predisponentes y familiares, también han sido investigados por su relación con el estrés postraumático, estudios sugieren que el TEPT o síndromes relacionados, están en parte determinados por factores hereditarios. Estudios subsiguientes de la historia familiar, han sugerido que al menos en los veteranos de combate, la incidencia de otros desórdenes de ansiedad, puede ser incrementada en los parientes de primer grado del paciente.

También existen evidencias, que el neuroticismo, la separación temprana y la sociopatía familiar, son también consideradas factores de riesgo para desarrollar el TEPT. (Tasman y Cols,1997)

Existe literatura donde destacan la importancia de las variables o rasgos de personalidad que “modulan” las reacciones de individuos ante situaciones estresantes, y existen patologías (como el TEPT) que están directamente relacionadas con dichos rasgos de personalidad. Estas variables explican posibles diferencias individuales, lo que lleva a pensar que existe relación entre los rasgos de personalidad y la aparición de síntomas de estrés Postraumático.

Para tener más clara esta relación definiremos lo que es la personalidad y por ende los rasgos, ya que estos están contenidos en ella.

La personalidad es el conjunto de rasgos que definen la manera habitual de comportarse un individuo en ciertos tipos de situaciones o con relación a ciertos objetos. La descripción de estos rasgos permite identificar al individuo distinguiéndolo de otros que presentan rasgos distintos, que dan lugar a diferentes estructuras de afrontamiento (estrategias) que han resultado útiles para la supervivencia del desarrollo de la especie. (Toro y Yepes,1998)

Catell (1965), también define la personalidad como aquello que permite la predicción de lo que una persona va a hacer en una situación dada, se refiere y se deduce de todas las relaciones humanas entre el organismo y su medio, sin dejar de tomar en cuenta tanto actos abiertos como cubiertos y que la personalidad está integrada por rasgos.

Según el DSM - IV, los rasgos de personalidad son patrones duraderos de percibir, relacionarse con, y pensar acerca del medio que nos rodea y de uno

mismo y se manifiestan dentro de un amplio espectro de importantes contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad constituyen trastornos de personalidad solamente cuando son inflexibles y desadaptativos y causan, un menoscabo funcional significativo, o angustia subjetiva, que lleva a la presencia de ciertas patologías psicológicas entre las que podemos incluir el TEPT.

Fox M.V. en 1974, después de analizar y describir el comportamiento y las diferencias entre tres especies distintas de animales y compararlas con el hombre, concluyó que los organismos mamíferos vienen a la existencia con un equipamiento que los predispone a unas conductas y les hace vulnerables a ciertas condiciones; como la adquisición de síntomas de estrés postraumático, esto muestra una vez más la importancia de la vulnerabilidad, en este caso, la presencia de ciertos rasgos de personalidad, para la adquisición o presencia de síntomas de estrés postraumáticos en el individuo.

([HTTP://www.udl.es/usuarios/e7806312/seidi/conftous.htm-97k-](http://www.udl.es/usuarios/e7806312/seidi/conftous.htm-97k-))

Los rasgos pueden ser comunes y únicos, los comunes son aquellos de los que participan todos o casi todos los individuos que han tenido un medio social semejante; y los únicos son los que se aplican sólo a un individuo en particular. Cualquier rasgo puede ser algo físico, psicológico, fisiológico o sociológico producido y modelado por la herencia, constitución, algo genético o innato y el medio ambiente, o por una mezcla de todo esto. Los rasgos poseen características como posibilidad de medición, son consistentes entre unos y otros, son durables y flexibles, son universales, se organizan, son fuertes o débiles y se relacionan o son independientes. (Cueli y cols, 1997)

De lo anteriormente expuesto se podría decir que en nuestra población (policías) se encontrarán semejanzas entre algunos rasgos, y estos junto a la frecuente exposición a la violencia que padecen, puede ser considerados como grupo de riesgo para el desarrollo de síntomas del TEPT.

Investigaciones recientes sobre el TEPT han puesto mayor énfasis en las respuestas subjetivas al trauma que a la severidad del estresor por sí mismo. Aunque inicialmente se creyó que los síntomas del TEPT eran directamente proporcionales a la severidad del estresor, los estudios empíricos demuestran lo contrario, como resultado, el consenso actual considera que el trastorno tiene una estrecha relación con el significado subjetivo para el paciente, es decir, los rasgos de personalidad, que nos hacen percibir y darle significado al medio o a situaciones que nos rodean.

Si bien la mayoría de las personas no experimentan síntomas del TEPT frente a un trauma abrumador, eventos que parecen corrientes o menos catastróficos para la mayoría de las personas pueden desarrollarse en algunos individuos vulnerables.

Entre los factores predisponentes a la vulnerabilidad, el que parece jugar un papel importante además del apoyo social y de los otros factores anteriormente explicados, están los rasgos de personalidad (borderline, paranoide, dependiente o antisocial).

([HTTP://vd.yahoo.com/M=17/403.13000057.2904.235.420863/D=geocities/s=.](http://vd.yahoo.com/M=17/403.13000057.2904.235.420863/D=geocities/s=.))

La personalidad borderline presenta rasgos como inestabilidad emocional, impulsividad, falta de control de los impulsos; en la paranoide se presentan rasgos como suspicacia, hipersensibilidad, rigidez, agresividad, frialdad y poco

sentido del humor; la dependiente se caracteriza por ser personas pasivas, que dan respuestas débiles e inadecuadas a las demandas de la vida cotidiana, baja auto-estima, poca confianza en sí mismas e incapacidad para actuar en forma independiente; y finalmente la antisocial, que presenta rasgos como irritabilidad, agresión, impulsividad, carencia de remordimientos, no sometimiento a reglas sociales. Todos estos rasgos están asociados empíricamente con el desarrollo de síntomas de TEPT. (Toro y Yepes, 1998)

Catell con la intención de observar y medir la personalidad empíricamente utilizó tres medios principales: El registro de vida (observaciones y registro de frecuencia de actos conductuales), cuestionarios y pruebas objetivas (que consisten en las observaciones y registros de respuestas que el sujeto realiza ante una situación definida especialmente creada). (Cueli y Cols, 1997)

Basándonos en los sustentos de Catell, consideramos pertinente para nuestra investigación el utilizar la prueba psicometría MMPI, para medir dichos rasgos de personalidad, teniendo en cuenta que esta prueba es objetiva y esta estandarizada. (Cueli y Cols, 1997)

El MMPI (Anexo B) desde su primera edición, ha llegado a ser uno de los instrumentos más importantes en el campo clínico y de investigación, su propósito es proporcionar una evaluación objetiva de algunas de las más importantes dimensiones de la personalidad relacionadas con la adaptación personal y social del sujeto, lo que nos permitiría corroborar nuestra hipótesis de trabajo; que los rasgos de personalidad son factor de riesgo para el desarrollo del TEPT en grupos de alto riesgo (Policías).

Entonces podemos encontrar que a través de pruebas se pueden establecer diagnósticos y por ende tratamientos para esta patología, teniendo en cuenta que para el trastorno por estrés Postraumático existe una gran variedad que pueden ser utilizados y que ofrecen gran ayuda a las personas que lo padecen.

A lo largo de los años los tratamientos propuestos han sido varios. Existiendo 2 tendencias históricas que han influido en el tratamiento del TEPT; Una se refleja en recomendaciones realizadas ante una reacción de combate, que trata a los policías, etc., sin dejar pasar mucho tiempo después que se desarrollan los síntomas y con la expectativa de que estos puedan volver a la actividad, y la segunda, se da con la experiencia con damnificados de los campos de concentración y recomiendan la utilización de psicoanálisis o psicoterapia prolongada. Actualmente se recomiendan diversos tratamientos de acuerdo a las necesidades: entre ellos está la psicoterapia individual para eventos agudos. La técnica se centraliza en la integración de la experiencia traumática a la vida del paciente, otras pueden aumentar la expresión y tolerancia afectiva del paciente, lo que significa, que estos casos una psicoterapia breve enfatizando aspectos motivacionales y cognitivos sería la ideal. Para los casos crónicos la psicoterapia suele ser más complicada, y no se recomienda. (Sutherland, & Davidson, 1994.)

Otro tipo de tratamiento puede ser la internación: En algunos casos son necesarias las hospitalizaciones para efectos agudos del estrés Postraumático; conductas suicidas, alcoholismo/drogadicción, violencia incontrolable, depresión severa.

La psicofarmacología es otro de los múltiples tratamientos utilizados para contrarrestar los síntomas del TEPT. El uso de la medicación debería ser acentuado y no retrasado necesariamente. (Tasman y cols, 1997)

La terapia cognitivo – conductual: Tiene como objetivo decrementar la ansiedad condicionada, minimizar la evitación y facilitar conductas “normales”. (Tasman y cols, 1997)

Una de las últimas y más efectivas técnicas de intervención para tratar el TEPT es el “debriefing”. Es un método de intervención creada en estados unidos en la década de los 80 con el trabajo del doctor Jeffrey Mitchell durante las catástrofes naturales y en el contexto del desarrollo de la teoría de intervención en caso de crisis. Y consiste en la reducción de las reacciones a un evento traumático, parte del principio de que la mayoría de las víctimas de TEPT tienen en ellos mismos la capacidad de reaccionar de manera adecuada. En consecuencia: 1) la intervención debe llevarse a cabo lo más rápidamente posible después del incidente o evento traumático; 2) la víctima debe poder hablar libremente de lo que está pasando, 3) también debe poder revivir sus emociones, llorar, enojarse, temblar, sin sentirse juzgado; en otras palabras, el método de debriefing forma parte de las herramientas del sostén psicológico. [HTTP://www.humanitarian-psy.org/accueil-s/informations-s/debriefing_s/debriefing_s.html](http://www.humanitarian-psy.org/accueil-s/informations-s/debriefing_s/debriefing_s.html).

A pesar de su reciente desarrollo, la evaluación Psicométrica del TEPT ha sufrido una gran expansión durante la última década. Así, en la actualidad, se dispone de un arsenal bien consolidado de instrumentos para llevar a cabo una evaluación psicométrica rigurosa y precisa.

El desarrollo de instrumentos de evaluación para TEPT es bastante reciente y dispendiosa, sin embargo, sólo mencionaremos aquellos que nos parecen más adecuados por reunir las siguientes características: (a) seguir los criterios diagnósticos de las clasificaciones más utilizadas (DSM y CIE), (b) Poseer aceptables propiedades psicométricas, (c) ser sencillos de administrar, (d) haber sido utilizados universalmente y (e) ser accesibles estar adaptados, validados o disponibles en español.

A continuación expondremos las principales características de estos instrumentos: Los instrumentos de ayuda diagnóstica, están diseñados para ayudar y facilitar el juicio diagnóstico. En el caso concreto del TEPT existen cuatro factores claves que permiten reconocer este trastorno y que son: (a) tipo de estresor extremo que produce TEPT, (b) impacto del estresor, (c) síntomas claves del TEPT y (d) duración de los síntomas.

Estos instrumentos de diagnósticos están comprendidos por entrevistas estructuradas específicamente para el TEPT.

Un ejemplo de estos instrumentos es el CAPS (Clinician Administred PTSD Scale), esta tiene dos utilidades; a) evaluación del diagnóstico (CAPS – 1) y b) evaluación de la gravedad de los síntomas (CASP – 2). Esta escala (CAPS) evalúa cada uno de los 17 síntomas que figuran en los criterios del DSM IV. ([HTTP://www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com))

Otros de los instrumentos utilizados para evaluar el TEPT son los de Screening. Estos han tenido una gran utilidad y eficacia en los últimos estudios realizados del TEPT. Uno de ellos es el PRIME MD PHQ (Primary care Evauation of Mental Disorders) es un instrumento de tamizaje diseñado para

la utilización primaria que permite diagnosticar Trastornos específicos empleando criterios de diagnóstico tomados de la revisión de la tercera y cuarta edición de los Manuales de Estadística y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM III-R y DSM IV).

El PRIME MD (Anexo C) es un cuestionario que consta de 35 ítems, hace tamizaje de 5 de los grupos de trastornos más comunes en atención primaria: Depresión, ansiedad, alcohol, trastornos somatomorfos y de la alimentación.

Pensamos que existen personas (policías) que por su trabajo están mayormente expuestas a eventos traumáticos (secuestros, operativos, enfrentamiento, emboscadas, hostigamientos etc.) todo esto sumado a que muchas veces también cuentan con factores estresantes tales como: la separación de la familia, los cambios geográficos y de clima, el trato autoritario por parte de los superiores, etc. este es el caso de los policías que laboran en los Montes de María por ser esta una zona de orden público.

En los últimos cinco años en la región de los montes de maría han habido 5 tomas, 16 emboscadas, 33 hostigamientos, 2 secuestros y 1 amotinamiento. Durante los últimos 40 años la situación de orden publico del país se ha visto afectada por la proliferación de grupos alzados en armas al margen de la ley.

Consideramos que este tema ha sido poco estudiado en nuestro país, sobretodo con esta población. Después de la revisión bibliográfica y de la redacción de esta, que se muestra en lo escrito anteriormente, y tomando en

cuenta nuestra población que está constituida por los uniformados de la Policía Nacional Seccional Bolívar en la región de los Montes de María, nos planteamos el siguiente problema ¿Existe relación entre los factores de riesgo (rasgos de personalidad) y la presencia de síntomas de estrés postraumático en los uniformados de la Policía Nacional Seccional Bolívar en la región de los Montes de María?.

Para la realización de esta investigación se plantearon los siguientes objetivos:

Comprobar si existe relación entre los factores de riesgo (rasgos de personalidad) y la presencia de síntomas de estrés Postraumático en los uniformados de la Policía Nacional Seccional Bolívar.

Objetivos Específicos

1. Identificar a través de un instrumento los rasgos de personalidad de los uniformados que han estado expuesto a un evento estresante.
2. Identificar el desarrollo de síntomas de estrés Postraumático en el personal uniformado que ha estado expuesto a un evento estresante.
3. Correlacionar el desarrollo de síntomas de estrés Postraumático y los rasgos de personalidad identificados en los uniformados que han estado expuestos a eventos estresantes.

Las hipótesis que guiaran la investigación son:

Hipótesis de Investigación.

Los rasgos de personalidad son un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas de estrés Postraumático en grupos de alto riesgo (policías expuestos a eventos traumáticos).

Hipótesis Nula.

Los rasgos de personalidad no son un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas de estrés Postraumatico en grupos de alto riesgo (policías expuestos a eventos traumáticos).

A través de esta investigación se pretende hallar una relación entre Factores de riesgo (rasgos de personalidad) que será nuestra variable criterio. Dicha Variable (rasgos de personalidad) está definida conceptualmente como patrones persistentes de forma de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales que exige la utilización de una serie de criterios y de instrumentos de medición validados y estandarizados que permitan su identificación. (DSM-IV 1995). Y definida operacionalmente como los resultados obtenidos (rasgos identificados) en la aplicación del instrumento de medición MMPI a los uniformados de la Policía Nacional Seccional Bolívar.

Una vez identificada la presencia de Factores de riesgo (rasgos de personalidad), se procederá a identificar si existe relación con la presencia de síntomas de estrés postrumático (variable constructo), definida conceptualmente como patrón de síntomas característicos tales como evitación, recuerdos invasivos y activación fisiológica que siguen a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier

otra amenaza para su integridad física (muerte, heridas o amenaza para la vida de personas cercanas, heridas graves, etc. (Masson, 1995). Y definida operacionalmente como numero de veces en que el sujeto muestra la presencia de síntomas (perturbación del sueño, hiperactividad, irritabilidad, disminución de la concentración, desapego, falta de sensibilidad, flashbacks, pesadillas, etc. perturbación del sueño, hiperactividad, irritabilidad, disminución de la concentración, desapego, falta de sensibilidad, flashbacks, pesadillas, etc.) evaluados a través de la prueba PRIME MD.

A continuación se describirán las variables que se controlaron en esta investigación y aquellas que no, para darle validez interna a la investigación.

Las variables a controlar fueron:

Del sujeto: se controló el nivel educativo, ya que eran sujetos que habían culminado sus estudios secundarios.

Sexo: Es otra variable que se controló, ya que la investigación se realizó sólo con personal masculino.

Edad: Se trabajó con sujetos con edades que oscilan entre 21 y 36 años.

Instrumentos: Se controlaron a través de la utilización de las mismas pruebas para todos los sujetos, ya que usar una prueba igual evita alteraciones e invalidez de estudio.

Instrucciones: Para la aplicación del instrumento, se controló por medio de la elección de una persona la cual se encargó de dar las instrucciones verbalmente a todos los sujetos, con el fin de evitar confusiones.

Lugar: Se controló asegurando que la iluminación, ventilación, temperatura, nivel de ruido, y otras condiciones físicas fueran apropiadas, ya que se prefirió

un lugar donde todos los sujetos estuvieran familiarizados, cómodos y relativamente libre de distracciones.

Presentación personal de las investigadoras: es una variable que se controló, ya que una presentación personal llamativa (escotes, faldas, ropa corta o clara) desviaría la atención de los participantes.

Método

Diseño

Para conocer la relación entre rasgos de personalidad y la presencia de síntomas de estrés Postraumático, se utilizó un diseño descriptivo-correlacional ya que estos diseños se encargan de describir de manera independiente los conceptos o variables a los que se refiere la investigación para luego medir las variables y ver si están relacionadas o no relacionadas, y si lo están en que grado. (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

Sujetos

La población se seleccionó por conveniencia, ya que los sujetos eran los que estaban disponibles para los investigadores.

Se trabajó con una población universal que está conformada por 140 uniformados de la Policía Nacional Seccional Bolívar en la región de los montes de María. Se escogerá la muestra representativa de la población a través de un diseño de muestreo aleatorio, utilizando también la fórmula:

$$n_o = \frac{Z^2 \mathbf{p}(1-\mathbf{p})}{E^2} y \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}}$$

Donde Z es igual al valor de una distribución normal estándar asociado al nivel de confianza.

E es igual al error máximo permisible en la estimación.

p es igual a la proporción de agentes con presencia de síntomas de estrés postraumático, que teniendo en cuenta el promedio de la prevalecida de estrés postraumático mundial se estima un 40% de la población, y se empleo una muestra de 60 uniformados, cabe resaltar que esta muestra no fue representativa de la totalidad de los uniformados, sino que resultó serlo sólo para la población con la que contamos de los uniformados de la región de Los Montes de María, además es importante mencionar que la totalidad de la muestra no fue abarcada en dicho estudio ya que por motivos de seguridad y orden publico nacional fue imposible ingresar a esta zona, por lo que dicha muestra se redujo a un total de 42 uniformados

Los 140 uniformados se encuentran divididos de la siguiente forma; agentes, suboficiales, oficiales y contraguerrillas. Con un rango de edad que oscila entre los 21 y 36 años. Todos son hombres, con un nivel educativo mínimo de bachiller.

Instrumento

Para la realización de esta investigación, se aplicaron dos instrumentos, el MMPI y el PRIME MD PHQ (ver anexos B y C respectivamente).

El MMPI para medir rasgos de personalidad (factor de riesgo), esta es una prueba estandarizada y confiable que permite diagnosticar ciertos aspectos de la personalidad de sujetos no analfabetos. Permiten así mismo, estimar el grado de validez y precisión de los resultados obtenidos. Mide rasgos de personalidad como: Hipocondriasis (Hs): que hace referencia a que el sujeto presenta una preocupación extrema por su estado de salud, es característico del hipocondríaco ser inmaduro en la forma de enfrentarse a sus problemas

como persona adulta, tendiendo a fracasar en la resolución adecuada de los mismos; Depresión (D): hace referencia a que el sujeto presenta ciertos sentimientos de inutilidad e incapacidad para mostrar optimismo normal en relación con el futuro, falta de confianza en sí mismo, tendencia a preocuparse, estrechez de intereses e introversión cuando se enfrenta a una situación crítica; Histeria (Hy): hace referencia a que el sujeto presenta diversos síntomas que pueden ser malestares generales y sistemáticos, o más específicos, tales como parálisis, contracciones musculares, dolores gástricos o intestinales o deficiencias cardíacas, son personas propensas a episódicos ataques de debilidad, desmayos y incluso convulsiones y tienden a ser personas inmaduras; Desviación psicopática (Pd): hace referencia a que el sujeto presenta una incapacidad para beneficiarse de las experiencias, y la desconsideración hacia las normas sociales estas personas tienden a ser agradables e inteligentes, presentan poca preocupación o nada por las probables ganancias en algún hecho delictivo o por la posibilidad de ser descubiertos; Masculinidad – Feminidad (Mf): esta escala mide las tendencias hacia los patrones de interés masculinos o femeninos; Paranoia (Pa): esta escala hace referencia a que el sujeto presenta delirios de persecución, susceptibilidad o sospecha e hipersensibilidad; Psicastenia (Pt): esta escala evalúa la semejanza entre los examinados y los pacientes psiquiátricos afectados por fobia y conductas compulsivas; esta conducta puede ser explícita (como el excesivo lavado de las manos, las vacilaciones o cualquier otra actividad poco efectiva) o implícita (como la manifestación de incapacidad para evitar pensamientos inútiles o ideas obsesivas). Una conducta psicastenica

puede manifestarse simplemente por una depresión leve, por una preocupación excesiva, por una falta de confianza en si mismo, o por una incapacidad para concentrarse

Esquizofrenia (Sc): esta escala evalúa el grado de similitud con los pacientes que se caracteriza por pensamientos y conductas inusitadas y extrañas, existe una separación entre la vida subjetiva y la realidad;

Hipomanía (Ma): esta escala mide el factor de personalidad característico de personas que presentan una marcada superproductividad de pensamiento y acción con frecuencia, el sujeto hipomaniaco se pone en dificultades al tratar de realizar muchas cosas; es activo y entusiasta; en contra de lo que normalmente se espera de el, a veces sufre depresiones. Sus actividades pueden estorbar a otras personas, debido a sus intentos de lograr reformas sociales, a su entusiasmo para promover proyectos en los que después pierde interés, o a su poca atención a principios sociales establecidos. Por esta ultima causa, puede ponerse en contradicción o dificultades con la ley y sus representantes.

Introversión social (Si). Esta escala evalúa la tendencia a aislarse del contacto social con otras personas, timidez, inseguridad, modestia, falta de originalidad en la resolución de los problemas, incapacidad de tomar decisiones lentas, inflexibilidad tanto en pensamiento como en acción, son personas con falta de confianza en sus propias habilidades, generalmente no encuentran satisfacción en el contacto social, son personas que se encuentran frustradas en sus relaciones interpersonales;

Fuerza del yo (Es): esta escala mide la capacidad de integración personal, una mayor cohesión de la estructura de la personalidad para actuar ante las presiones internas y las tensiones emocionales internas que pueden desorganizar el equilibrio de sus patrones de conducta. En esta

situación, el sujeto posee suficiente capacidad para relacionarse con los demás, ganar su aceptación y crear impresiones favorables; utiliza de la mejor forma posible sus potencialidades y puede trabajar en el medio en que se desenvuelve y aprovechar sus circunstancias; Dependencia (Dy): esta escala mide la necesidad de dependencia del sujeto; Dominancia (Do),: esta escala permite detectar la iniciativa social, capacidad para el mando, persistencia, acciones esforzadas, preocupación e identificación con la comunidad o sociedad y sentido de la responsabilidad; Responsabilidad (Re): esta escala esta también relacionada con la participación social (Do), permite identificar a una persona responsable que acepta las consecuencias de su conducta, demuestra que se puede confiar en ella y que tiene conciencia de sus obligaciones con el grupo, esto es, que “hace su parte”, muestra integridad; Control (Cn): esta escala mide el grado de control de la personalidad de los sujetos o auto control. Todas estas escalas miden rasgos importantes para nuestra investigación.

Este cuestionario consta de 566 frases que cubre un amplio campo de materias: Salud, sistema nervioso, sensibilidad, familia, hábitos, ocupaciones, educación, actitudes, afectos, fobias, estados de ánimo, etc. del sujeto examinado, a este se le pide que clasifique estas frases en tres grupos: “verdadero, falso y no sé o no sabría decir”. Una duración variable de 45 a 60 minutos, aplicación individual y colectiva.

En segundo lugar se aplicó el cuestionario sobre la salud del paciente PRIME MD, este es un cuestionario que consta de 35 ítems, hace tamizaje de 5 de los grupos de trastornos más comunes en la atención primaria: depresión ,

ansiedad, alcoholismo, trastornos somatomorfos y de la alimentación. Permite evaluar entre otros: síndromes depresivos, ataques de pánico, síntomas de ansiedad, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, etc.

Este cuestionario consta de 2 paginas, puede ser totalmente autoaplicado por el sujeto, se ha adicionado una tercera parte al instrumento que incluye preguntas acerca de la menstruación, embarazo y parto y factores estresantes psicosociales recientes.

Tiene una duración de aplicación de aproximadamente 10 a 15 minutos, individual o colectiva. Está disponible en español y validada en Colombia, desarrollada por el Dr Robert L. Spitzer, Janeth B. W. Williams, Kurt Kroenke y colegas con el apoyo de Laboratorios Pfizer Inc; instrumento que se utilizará en la presente investigación, la cual ha estado motivada principalmente por la situación de conflictos armados y de orden público que actualmente vive el país.

Procedimiento

El procedimiento que se siguió durante toda la investigación fue el siguiente: se estudió y recopiló información de los temas, consultando de diferentes fuentes confiables y actualizadas como internet, libros, enciclopedias, abstracts de journal de psicología y psiquiatría, entre otras.

Posteriormente se hizo contacto con las personas a involucrarse en la investigación, con el equipo interdisciplinario de la Policía Nacional seccional Bolívar y por ende el personal objeto de estudio. Al hacer contacto con los sujetos participantes, se les explicó en que consistía el estudio, porque se seleccionaron para participar en él, cuanto tiempo y esfuerzo requirió su participación, que esta era completamente voluntaria y podrían retirarse o

negarse sin recibir ningún castigo, y se les hizo entrega de una carta que tuvieron que firmar donde dieron su consentimiento para participar en dicho estudio (Anexo A).

Para fines del estudio se aplicaron dos pruebas luego de haber seleccionado la muestra, que son el MMPI (Anexo B) y el PRIME MD PHQ (Anexo C).

Posteriormente se procedió a la calificación de ambas pruebas teniendo en cuenta que para la prueba MMPI la presencia de puntuaciones altas (superiores a 70) es indicativo de que dicho sujeto presenta el rasgo por encima del límite “normal, ya que dicho límite oscila entre 30 y 70 en puntuaciones típicas.

Para la calificación de la prueba PRIME MD se tuvo en cuenta las respuestas de “me ha molestado un poco” y “ me ha molestado mucho” como indicadoras de la presencia de dicho síntomas y la respuesta de “ no me ha molestado” como indicativo de la no presencia de síntomas. Este tipo de calificación se tuvo en cuenta para las preguntas 4a, 4c, 4e, 4h, 4i, 4j. Para la calificación de la respuesta 5 se tuvo en cuenta la respuesta “Si” como indicativo de la presencia de este síntoma y de la respuesta “No” como indicativo de la ausencia o no presencia de dicho síntoma. Hay que tener en cuenta que las preguntas seleccionadas van de acuerdo con los criterios diagnósticos propuestos por el DSM IV para el TEPT y además por los criterios de calificación del PRIME MD para el tamizaje de síntomas presuntivos de TEPT (ver anexo C)

Luego de la calificación de las pruebas, se tabularon los datos, se hizo el respectivo análisis estadístico de donde se obtuvieron los datos finales y definitivos de la investigación, los cuales fueron interpretados y nos sirvieron

para describir con exactitud como se presentaron las variables del estudio en la población de uniformados. Finalmente se realizó la discusión de los resultados basándonos en el marco teórico.

Análisis estadístico de los resultados

El análisis de los resultados se llevó a cabo utilizando la estadística descriptiva (polígonos de frecuencia y pasteles) para presentar los datos arrojados por la aplicación de los instrumentos a la muestra total, lo cual permitió realizar una descripción detallada del comportamiento de las variables predictiva y criterio.

Para conocer la fuerza de asociación entre las variables se aplicó el coeficiente de correlación. Este es una medida de asociación que se utiliza en tablas de contingencia de tamaño $M \times S$, donde M representa el número de filas y S el número de columnas. El coeficiente toma valores entre 0 y 1; cuanto más cercano se encuentre el valor a 1 mayor será el grado de correlación (Daniels, 1996).

Por último se determinó la magnitud de la asociación previamente establecida, utilizando para su cálculo el coeficiente de contingencias, el cual se usa también cuando los datos de los indicadores son de nivel nominal u ordinal.

Recursos

La investigación fue realizada por Carmen Cecilia Berrocal, Martha Cecilia Fernández y Ferdilza del Carmen Fuentes, estudiantes de psicología de décimo

semestre, el psiquiatra Amaury García Blanco como director y asesor, y en la asesoría estadística Gerardo Franco Valencia.

La realización de este estudio requirió de una inversión económica de aproximadamente 1'220.000 de pesos. Los costos se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

Impresión -----	\$200.000
Fotocopias -----	\$100.000
Libros-----	\$150.000
Llamadas telefónicas-----	\$50.000
Estadística-----	\$250.000
Transporte-----	\$450.000
Lápices y borradores-----	\$20.000

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Aprobación de la Propuesta-----	Abril del 2001
Aprobación del Anteproyecto-----	Agosto del 2001
Aplicación de pruebas-----	Octubre 2001 a Enero de 2002
Tabulación estadística-----	Febrero del 2002
Entrega de trabajo final-----	Abril del 2002

Resultados

En el estudio participaron un total de 42 uniformados, pertenecientes a la policía nacional seccional bolívar de la región de los montes de María, distribuidos entre agentes, suboficiales, oficiales y contraguerrillas con edades que oscilan entre los 21 y 36 años de los cuales el 55% se encuentra entre los 21 – 25 años el 36% se encuentra entre los 26 – 30 años y el 4% entre los 31-36 años; de estos 23 son solteros (55%), 14 son casados (33%) y 5 (12%) viven en unión libre.

Los resultados arrojados por el estudio mostraron lo siguiente:

La primera parte muestra el análisis descriptivo de los resultados en la aplicación del instrumento MMPI-

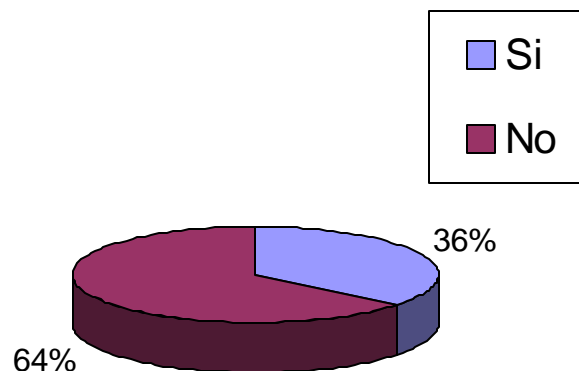


Figura 1. Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad.

HIPOCONDRIASIS

Tabla 1.

Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad. HIPOCONDRIASIS

Descripción	Cantidad	%
Si	15	35.71
No	27	64.29
Total	42	100.00

En esta tabla 1 se observa que el 36% de los sujetos obtuvo una puntuación alta en este, rasgo lo que significa que estos sujetos presentan tendencia a preocuparse demasiado por su estado de salud.

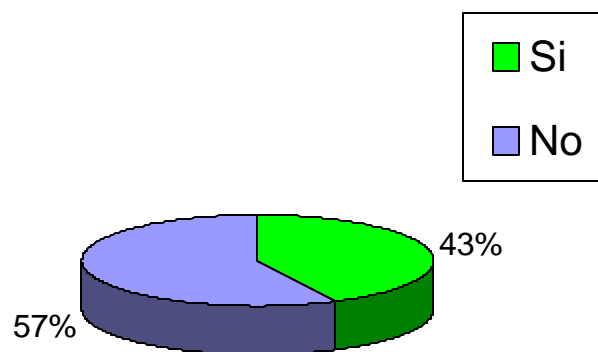
Figura 2. Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad.DEPRESIÓN

Tabla 2

Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad. DEPRESION

Descripción	Cantidad	%
Si	18	42.86
No	24	57.14
Total	42	100.00

En la tabla 2 se observa que el 43% de los sujetos obtuvo una puntuación alta en el rasgo Depresión, lo que indica una tendencia al decaimiento de la moral, sentimientos de inutilidad e incapacidad para mostrar optimismo normal en relación con el futuro.

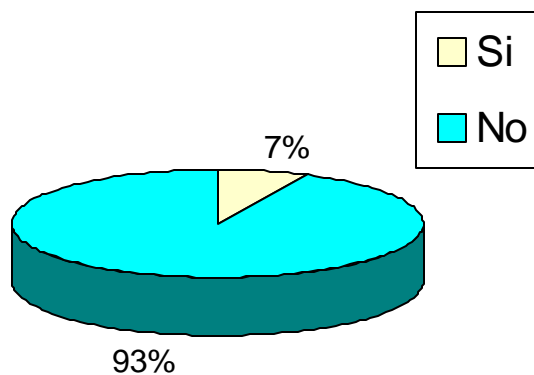
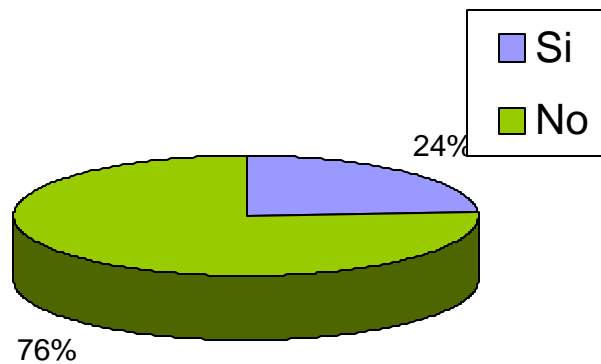
Figura 3. Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad. HISTERIA

Tabla 3

Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad. HISTERIA

Descripción	Cantidad	%
Si	3	7.14
No	39	92.86
Total	42	100.00

En la tabla 3 se observa que solo 7% de sujetos en el estudio obtuvo una puntuación elevada en el rasgo de histeria. Mientras el 93% obtuvo una puntuación dentro de los límites normales de este rasgo

Figura 4. Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad.

DESVIACION PSICOPATICA

Tabla 4

Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad. DESVIACION PSICOPATICA.

Descripción	Cantidad	%
Si	10	23.81
No	32	76.19
Total	42	100.00

En la tabla 4 se observa que el 24% de los sujetos obtuvo una puntuación alta en la escala de Desviación Psicopática lo que indica que estos sujetos tienen tendencia a presentar ausencia de una respuesta emocional profunda, la incapacidad de beneficiarse de las experiencias y la desconsideración hacia normas sociales.

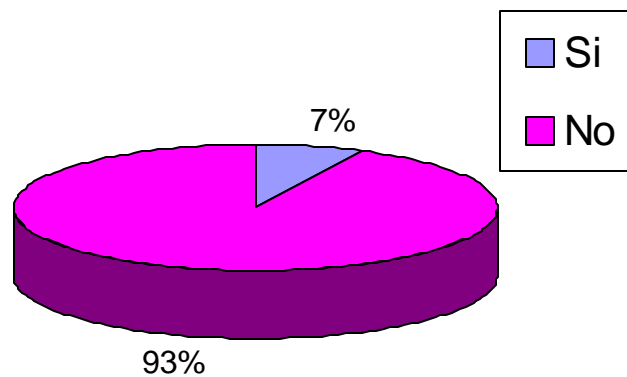


Figura 5. Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad. FEMINIDAD - MASCULINIDAD

Tabla 5

Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad. MASCULINIDAD - FEMINIDAD

Descripción	Cantidad	%
Si	3	7.14
No	39	92.86
Total	42	100.00

En la tabla 5 se observa que el 93% de los sujetos obtuvo una puntuación baja, lo que indica que dichos sujetos se encuentran dentro de los límites de normalidad en este rasgo.

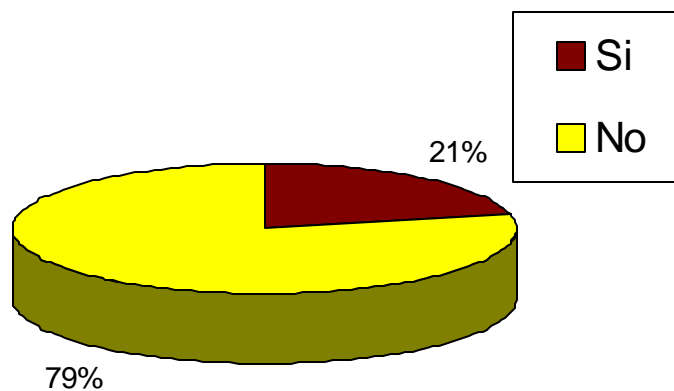


Figura 6. Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad. PARANOIA

Tabla 6

Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad. PARANOIA

Descripción	Cantidad	%
Si	9	21.43
No	33	78.57
Total	42	100.00

En la tabla 6 se observa que el 21% de los sujetos obtuvo una puntuación alta en el rasgo de Paranoia, lo que indica que estos sujetos tienden a caracterizarse por delirios de persecución, susceptibilidad o sospecha e hipersensibilidad.

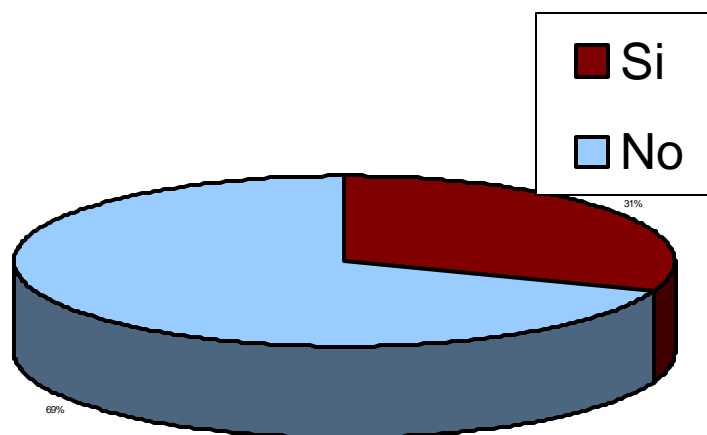


Figura 7. Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad.

PSICASTENIA

Tabla 7

Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad. PSICASTENIA

Descripción	Cantidad	%
Si	13	30.95
No	29	69.05
Total	42	100.00

En la tabla 7 se observa que el 40% de los sujetos obtuvo una puntuación alta en el rasgo de Psicastenia, lo que indica que dichos sujetos tienen tendencia a ser rígidos y fobicos y a presentar culpabilidad hacia sí mismos

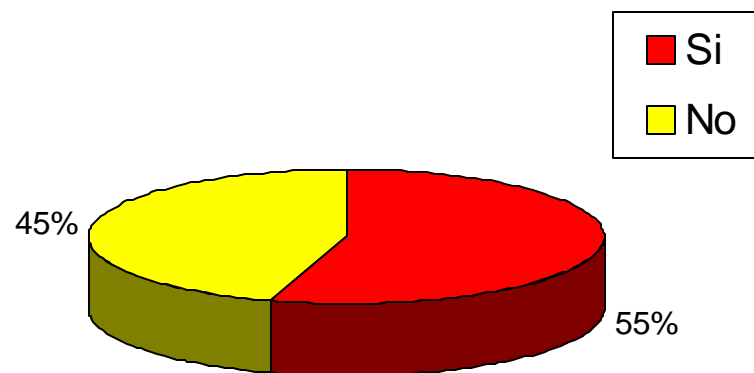
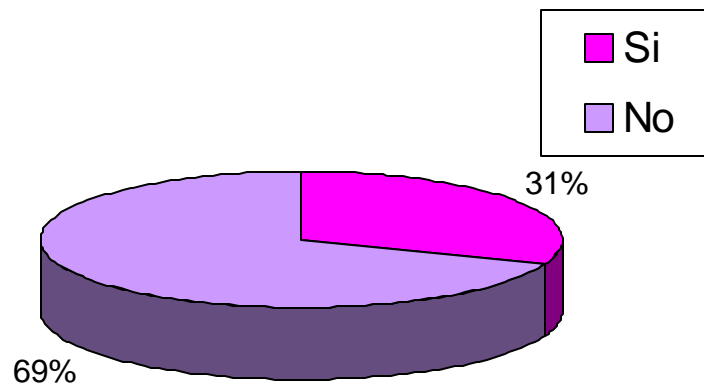
Figura 8. Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad.ESQUIZOFRENIA

Tabla 8

Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad. ESQUIZOFRENIA

Descripción	Cantidad	%
Si	23	54.76
No	19	45.24
Total	42	100.00

En la tabla 8 se observa que el 55% de los sujetos obtuvo una puntuación alta en el rasgo de Esquizofrenia, lo que indica que estos sujetos tienen tendencia a presentar pensamientos y conductas inusitadas y extrañas

Figura 9. Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad.

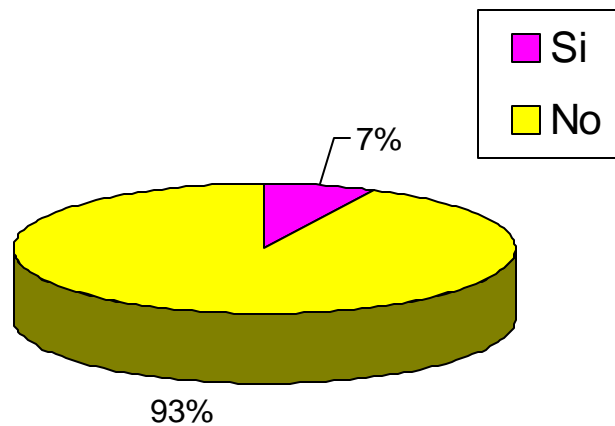
HIPOMANIA

Tabla 9

Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad. HIPOMANIA

Descripción	Cantidad	%
Si	13	30.95
No	29	69.05
Total	42	100.00

En la tabla 9 se observa que el 31% de los sujetos puntúo alto en la escala de Hipomania, lo que indica que estos sujetos son activos y entusiastas, tienden a ponerse en dificultades al tratar de realizar muchas cosas, tienden a padecer de depresión y tienden a poner poca atención a principios sociales establecidos.

Figura 10. Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad.

INTROVERSION SOCIAL

Tabla 10

Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad. INTROVERSION

SOCIAL

Descripción	Cantidad	%
Si	3	7.14
No	39	92.86
Total	42	100.00

En la tabla 10 se observa que el 93% de los sujetos obtuvo una puntuación dentro de los límites normales en el rasgo de introversión social.

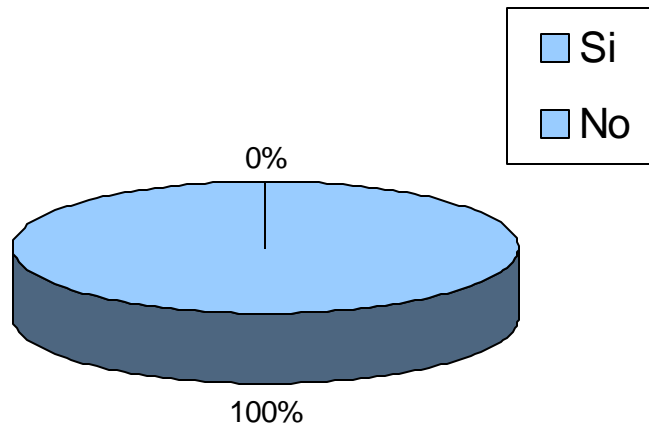


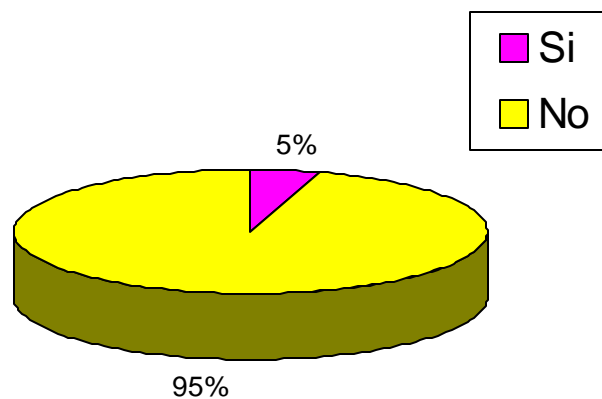
Figura 11. Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad. FUERZA DEL YO

Tabla 11

Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad. FUERZA DEL YO

Descripción	Cantidad	%
Si	0	0.00
No	42	100.00
Total	42	100.00

En la tabla 11 se observa que el 100% de los sujetos no puntuó alto en este rasgo, lo que indica que dichos sujetos estuvieron dentro del límite de la normalidad para tal rasgo.

Figura 12. Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad.

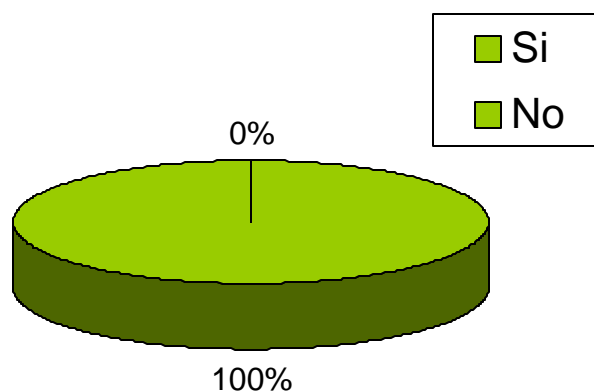
DEPENDENCIA

Tabla 12

Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad. DEPENDENCIA

Descripción	Cantidad	%
Si	2	4.76
No	40	95.24
Total	42	100.00

En la tabla 12 se observa que solo el 5% de los sujetos obtuvo una puntuación elevada en el rasgo de Dependencia, mientras que un 95% de los sujetos estuvo dentro de los límites de la normalidad para este rasgo.

Figura 13. Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad.

DOMINANCIA

Tabla 13

Distribución de los sujetos según los rasgos de personalidad DOMINANCIA

Descripción	Cantidad	%
Si	0	0.00
No	42	100.00
Total	42	100.00

En la tabla 13 se observa que el 100% de los sujetos puntúo dentro de los límites de la normalidad para este rasgo.

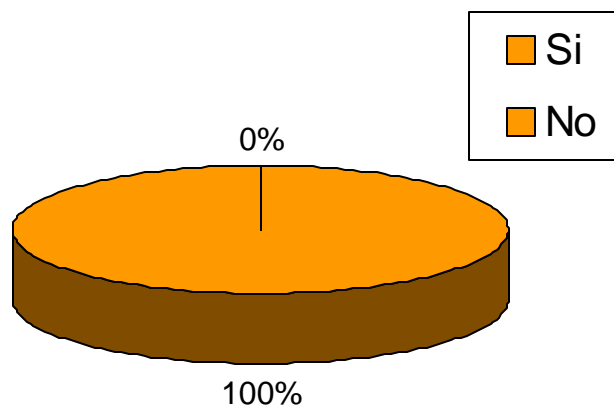


Figura 14. Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad.

RESPONSABILIDAD

Tabla 14

Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad. RESPONSABILIDAD

Descripción	Cantidad	%
Si	0	0.00
No	42	100.00
Total	42	100.00

En la tabla 14 se observa que el 100% de los sujetos puntúo dentro de los límites de la normalidad para este rasgo.

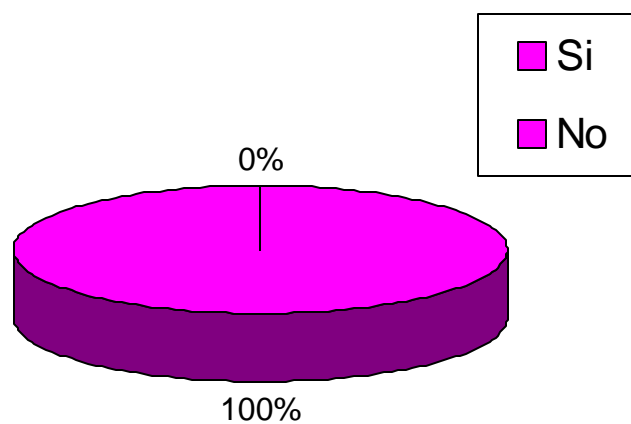


Figura 15. Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad. CONTROL

Tabla 15

Distribución de los sujetos según rasgos de personalidad. CONTROL

Descripción	Cantidad	%
Si	0	0.00
No	42	100.00
Total	42	100.00

En la tabla 15 se observa que el 100% de los sujetos puntúo dentro de los límites de la normalidad para este rasgo.

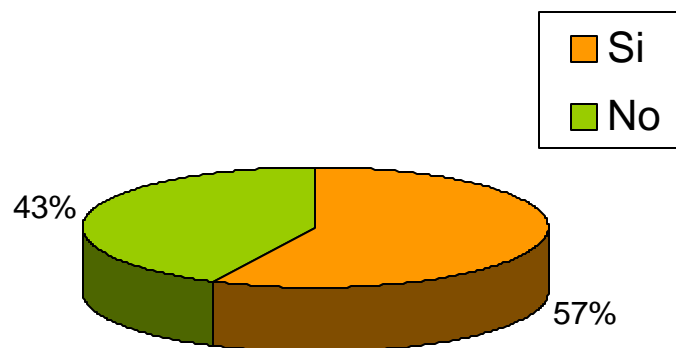


Figura 16. Síntomas presuntivos de Estrés Postraumatico. PREOCUPACION POR SU SALUD

Tabla 16

Síntomas presuntivos de Estrés Postraumatico. PREOCUPACION POR SU SALUD

Descripción	Cantidad	%
Sí	24	57.14
No	18	42.86
Total	42	100.00

En la tabla 16 se observa que el 57% de los sujetos mostraron tendencia a preocuparse por su estado de salud.

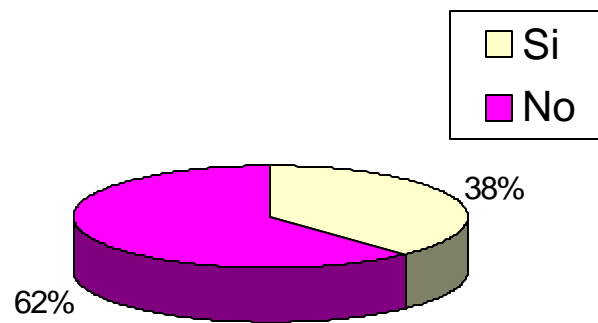


Figura 16. Síntomas presuntivos de Estrés Postraumatico. POCO O NINGUN DESEO SEXUAL O PLACER DURANTE EL ACTO SEXUAL

Tabla 17

Síntomas presuntivos de Estrés Postraumatico. POCO O NINGUN DESEO SEXUAL O PLACER DURANTE EL ACTO SEXUAL

Descripción	Cantidad	%
Sí	16	38.10
No	26	61.90
Total	42	100.00

En la tabla 17 se observa que el 38% de los sujetos mostraron tendencia a tener poco o ningún deseo sexual o placer durante el acto sexual.

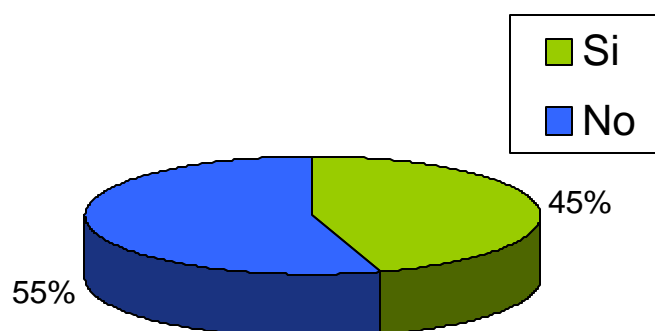


Figura18. Síntomas presuntivos de Estrés Postraumatico. TENSION FAMILIAR

Tabla 18

Síntomas presuntivos de Estrés Postraumatico TENSION FAMILIAR

Descripción	Cantidad	%
Sí	19	45.24
No	23	54.76
Total	42	100.00

En la tabla 18 se observa que el 45% de los sujetos presento o ha experimentado tensión familiar -la crianza de los niños, o problemas en el cuidado de los padres u otros parientes-.

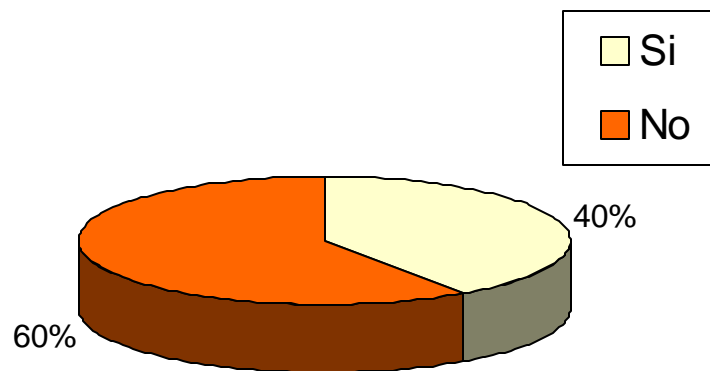


Figura 19. Síntomas presuntivos de Estrés Postraumatico. NO CONFIAR EN NADIE CUANDO SE TIENE UN PROBLEMA

Tabla 19

Síntomas presuntivos de Estrés Postraumatico NO CONFIAR EN NADIE
CUANDO SE TIENE UN PROBLEMA

Descripción	Cantidad	%
Sí	17	40.48
No	25	59.52
Total	42	100.00

En la tabla 19 se observa que el 41% de los sujetos no confía en nadie a la hora de solucionar un problema.

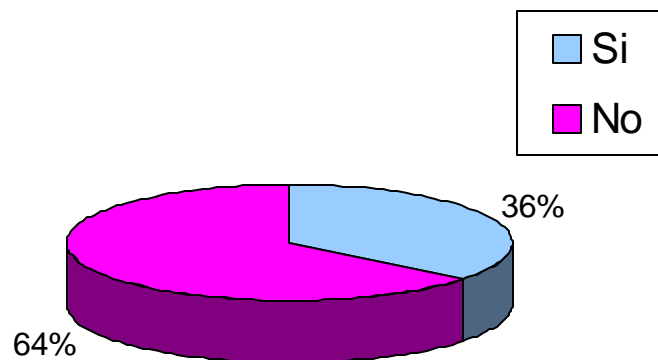


Figura 20.Síntomas presuntivos de Estrés Postraumatico. ALGO MALO QUE
HAYA OCURRIDO RECIENTEMENTE

Tabla 20

Síntomas presuntivos de Estrés Postraumatico ALGO MALO QUE HAYA OCURRIDO RECIENTEMENTE

Descripción	Cantidad	%
Sí	15	35.71
No	27	64.29
Total	42	100.00

En la tabla 20 se observa que el 36% de los sujetos mostró que algo malo le ha ocurrido recientemente en las últimas 4 semanas.

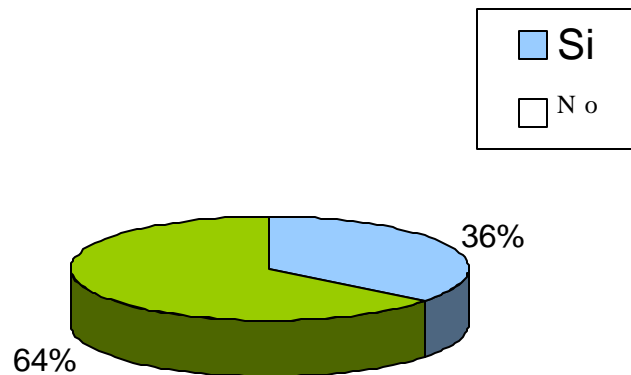


Figura 21. Síntomas presuntivos de Estrés Postraumatico. PENSAMIENTOS O SUEÑOS SOBRE ALGO TERRIBLE QUE LE HAYA OCURRIDO EN EL PASADO

Tabla 21

Síntomas presuntivos de Estrés Postraumatico. PENSAMIENTOS O SUEÑOS
SOBRE ALGO TERRIBLE QUE LE HAYA OCURRIDO EN EL PASADO

Descripción	Cantidad	%
Sí	15	35.71
No	27	64.29
Total	42	100.00

En la tabla 21 se observa que el 36% de los sujetos mostró que han tenido pensamientos o sueños sobre algo terrible que les haya ocurrido en el pasado tal como la destrucción de su casa, un accidente grave, ha sido golpeado/a, o violado/a, o ha sido forzado/a a someterse o cometer actos sexuales contra su voluntad.

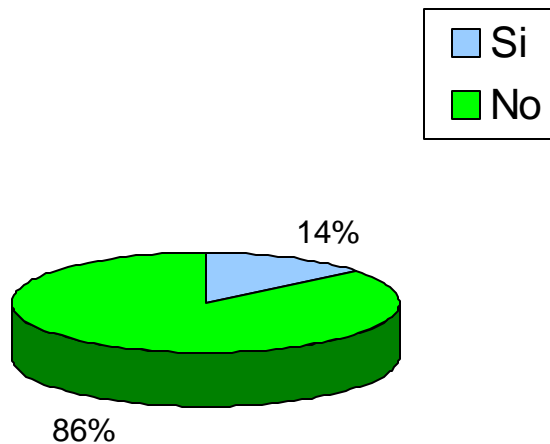


Figura 22. Síntomas presuntivos de Estrés Postraumatico. SOMETIMIENTO A VIOLENCIA FISICA U OCURRENCIA DE ACTOS SEXUALES CONTRA SU VOLUNTAD

Tabla 22

Síntomas presuntivos de Estrés Postraumático. SOMETIMIENTO A VIOLENCIA FÍSICA U OCURRENCIA DE ACTOS SEXUALES CONTRA SU VOLUNTAD

Descripción	Cantidad	%
Sí	6	14.29
No	36	85.71
Total	42	100.00

En la tabla 22 se observa que el 14% de los sujetos ha sido golpeado, abofeteado, pateado, o de alguna otra manera alguien lo ha herido físicamente o lo ha forzado a cometer actos sexuales contra su voluntad.

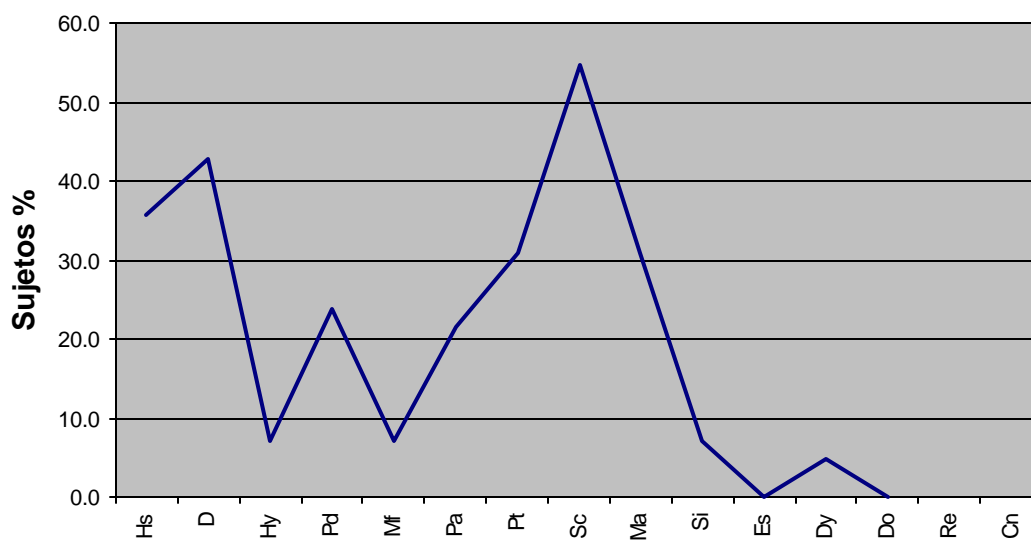


Figura 23. Distribución porcentual de los sujetos según rasgos de personalidad.

En la figura 23 se puede observar que los rasgos más predominantes son: Esquizofrenia (Sc), dicho rasgo es el de mayor puntuación, con un porcentaje del 55%, seguido de la Depresión (D) con un porcentaje del 42%, en tercer lugar se encuentra la Hipocondriasis (Hs) con un 36%, la Psicastenia (Pt) e Hipomania (Ma) con un porcentaje del 31%, la Desviación Psicopática con un 24% y finalmente la Paranoia con un 21%.

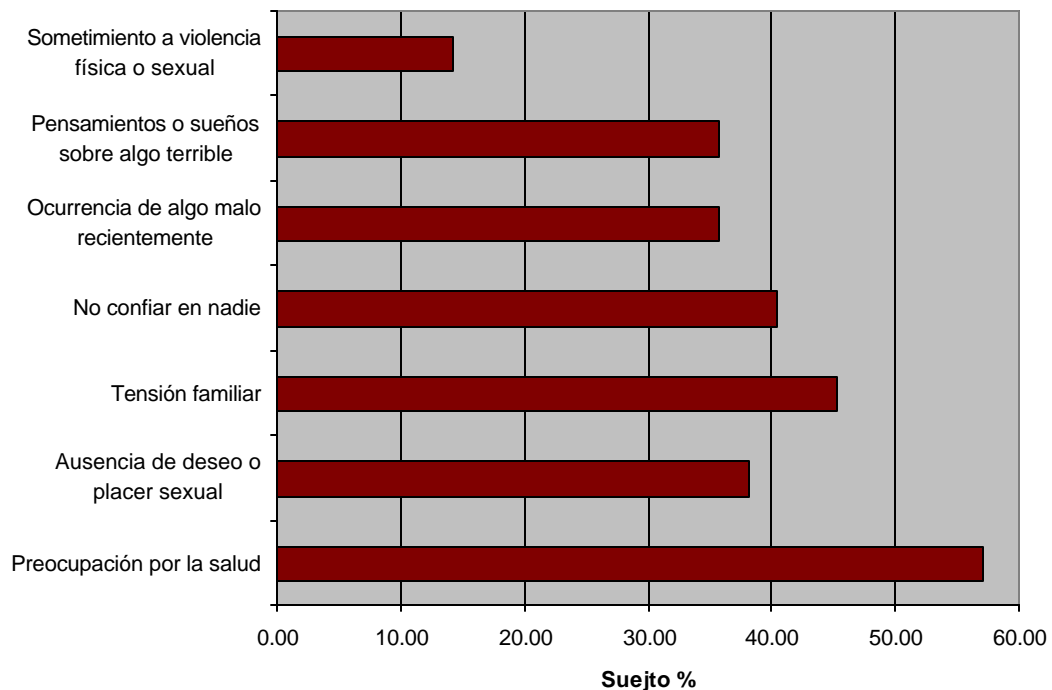


Figura 24. Distribución porcentual de los sujetos según síntomas presuntivos de estrés postraumático.

En la figura 24 se observa que el síntoma presuntivo con mayor presencia en los uniformados, fue el de “preocupación por su salud”, con un valor porcentual

del 57%, seguido de la “tensión familiar (crianza de los niños, problemas en el cuidado de los padres y otros parientes)” con un valor de 44%, seguido de “no poder confiar en nadie cuando se le presenta un problema” con un valor del 40.5%, el “poco o ningún placer sexual durante el acto sexual” con un valor de 38% y con igual valor porcentual “algo malo que hay ocurrido recientemente”, “la presencia de sueños o pensamientos de algo malo que haya ocurrido en el pasado” con un valor de 36% y finalmente con menor valor el “haber sido sometido a violencia física o sexual” con un 14%.

Tabla 23

Matriz de asociaciones entre los rasgos de personalidad
y los síntomas presuntivos de estrés postraumático

Coefficientes de contingencia

Criterios de interpretación: Si $CC < 0,3$ la asociación es baja o inexistente
 Si $0,3 < CC < 0,5$ la asociación es moderada
 Si $CC > 0,5$ asociación tiende a ser alta

RASGOS DE PERSONALIDAD	SINTOMAS PRESUNTIVOS DE ESTRES POSTRAUMATICO						
	4A	4C	4E	4H	4I	4J	5
Hs	0.237	0.228	0.120	0.192	0.037	0.067	0.255
D	0.340	0.113	0.349	0.257	0.250	0.057	0.059
Hy	0.234	0.161	0.292	0.040	0.176	0.349	0.383
Pd	0.032	0.136	0.164	0.217	0.050	0.050	0.091
Mf	0.053	0.027	0.012	0.146	0.176	0.014	0.149
Pa	0.100	0.185	0.008	0.158	0.211	0.026	0.118
Pt	0.059	0.212	0.012	0.276	0.144	0.038	0.166
Sc	0.014	0.121	0.057	0.254	0.078	0.120	0.097

Ma	0.045	0.101	0.191	0.028	0.038	0.069	0.301
Si	0.234	0.333	0.119	0.319	0.349	0.014	0.113
Es	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Dy	0.190	0.274	0.021	0.433	0.067	0.067	0.091
Do	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Re	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Cn	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

N.A: El coeficiente de contingencia no aplica cuando uno de los criterios de clasificación es una afirmación o una negación para todos los sujetos.

Se puede observar que el rasgo de Depresión (D) estuvo asociado con la pregunta 4a con un nivel de relación moderada (0.340) mostrando que este rasgo incide levemente en este caso con la tendencia a preocuparse (salud, dinero, sí mismo, etc.). También se observa que este mismo rasgo, Depresión (D) tuvo una relación moderada con la pregunta 4e, ya que el valor obtenido fue de 0.349 lo que refleja que este rasgo tiene un leve grado de incidencia en la Tensión familiar.

El rasgo de personalidad Introversión social (Si) tuvo una relación moderada con la pregunta 4h, ya que esta manifiesta el No poder confiar en nadie cuando se presenta un problema, dado esto por la tendencia del individuo a aislarse del contacto social con otros; característica propia de la introversión social.

Como también se puede observar en la matriz de asociaciones, existen valores o puntuaciones de asociación moderados entre 0.3 – 0.5 tales como Histeria (Hy) – 4j con un puntaje de 0.349; Histeria (Hy) – 5 con un puntaje de 0.383; Introversión social (Si) – 4c con un valor de 0.333; Introversión social (Si) – 4i con un valor de 0.349; Hipomanía (Ma) – 5 con un valor de 0.301; Dependencia

(Dy) – 4h con un valor de 0.433. Aun teniendo estos un valor de asociación moderada, no se encuentra sustento teórico que justifique la relación existente entre estos cruces de variables. Las demás asociaciones (mayoría) obtuvieron puntajes de correlación inferiores a 0.3 y en casos como los rasgos de Dominancia (Do), Responsabilidad (Re), Control (Cn) y Fuerza del yo (Es), la relación con los síntomas del TEPT no aplica. Todo lo anterior muestra una asociación baja o inexistente entre las variables.

Discusión

Se realizó un estudio en el departamento de Policía Seccional Bolívar en la Región de los Montes de María, con una muestra representativa escogida por conveniencia, que tuvo como objetivo principal, establecer la relación existente entre los factores de riesgo (rasgos de personalidad) y la presencia de síntomas de TEPT de los uniformados.

Los resultados de la investigación se evaluaron inicialmente en forma descriptiva. Para comprobar si los rasgos de personalidad se relacionaban con la presencia de síntomas de TEPT se utilizaron los instrumentos MMPI y PRIME MD.

El MMPI mide 15 rasgos de personalidad; Hipocondriasis (Hs), Depresión (D), Histeria (Hy), Desviación psicopática (Pd), masculinidad-feminidad (Mf), paranoia (pa), Psicastenia (Pt), esquizofrenia (Sc), Hipomanía (Ma), Introversión social (Si), Fuerza del yo (Es), Dependencia (Dy), Dominancia (Do), Responsabilidad (Re) y Control (Cn).

Por ser este un instrumento completo que mide diferentes dimensiones de la personalidad, se ha utilizado en diferentes investigaciones con veteranos de guerra (Vietnam, Golfo Pérsico, etc.), ya que este permite diagnosticar ciertos aspectos de la personalidad que pueden estar relacionados con diferentes trastornos psicológicos, entre ellos el TEPT.

Según estudios actualmente disponibles, el TEPT es un trastorno complejo determinado por varios factores de vulnerabilidad individual, tanto como por las características del estresor, así como otras variables post-exposición, como la disponibilidad de soporte social y ayuda médica y psicológica adecuada. Entre estos diferentes factores de vulnerabilidad individual están: (a) Vulnerabilidades genéticas para enfermedades psiquiátricas, (b) adversidad de la infancia, (c) acumulación de otros estresores actuales, (d) inadecuado apoyo social, (e) abuso reciente de alcohol, (f) atribución de control externo, (g) algunos rasgos de personalidad. <http://aperturas.org/8mingote.html>.

En nuestra investigación en lo referente al MMPI se encontró que los rasgos mas relevantes fueron el rasgo de esquizofrenia (Sc) que obtuvo un puntaje alto con 55%, lo que indica que dichos uniformados tienen tendencia a tener pensamientos y conductas inusitadas y extrañas, caracterizadas por enormes distorsiones de la realidad, alejamiento de la interacción social, la desorganización y fragmentación de la percepción, los pensamientos y las emociones. La escala de esquizofrenia que mide dicho rasgo, discrimina cerca del 60% de los casos diagnosticados como esquizofrénicos.

Estas personas puntuaron alto en Paranoia con un puntaje del 21.4%, este indica que estos sujetos tienen tendencia a presentar delirios de persecución, susceptibilidad y sospecha, se caracteriza además por ser personas con inclinación a la rigidez, envidia, más la tendencia de culpar a los demás por los

errores y fracasos propios. Por atribuir motivos de maldad a otros, están constantemente esperando trampas y estafas y buscan pruebas que puedan corroborar sus sospechas, mientras que desechan cualquier prueba que pueda rebatirlas. Están siempre alertas y ansiosos de rango y poder, envidia de los que están en puestos elevados y desprecian a los que parecen débiles. (Coleman y cols, 1990).

La Depresión con un puntaje del 43%, refleja que la mayor parte de la muestra tiende a presentar sentimientos de inutilidad e incapacidad para mostrar optimismo normal en relación con el futuro, esta puntuación sugiere además un fondo caracterizado por falta de confianza en sí mismo, tendencia a preocuparse, estrechez de intereses e introversión cuando se enfrenta a una situación crítica, tristeza, desaliento, pesimismo y el sentido de desesperanza ante la posibilidad de mejorar las cosas. (Coleman y cols, 1990).

Esta población presenta además preocupación excesiva por su estado de salud, tendencia a quejarse por dolores y malestares para los que no se encuentra una causa orgánica clara; inmadurez en la forma de enfrentarse a los problemas como persona adulta y fracasar en la resolución adecuada de los mismos. Esto se pudo observar en el 36% de uniformados que puntuaron alto en el rasgo de Hipocondriasis.

Mostrando todos estos rasgos la existencia de un desajuste psicológico que sumado a las condiciones de trabajo de estos policías, que por estar en la

región de los Montes de María, zona de orden público, están expuestos a eventos y situaciones traumáticas y estresantes, como hostigamientos, emboscadas y asaltos a poblaciones, instalaciones y entidades; lo que crea una mayor desadaptación al medio, deteriorando las relaciones afectivas (Familiares, de pareja y sociales). (Masson, 1995).

Según Slipak (1999), las relaciones de los diferentes individuos frente a los estresores que los pueden afectar están en cierto modo condicionados por sus perfiles de personalidad. No todos los organismos responden del mismo modo, teniendo en cuenta, que gran parte de las respuestas al estrés, dependen de factores psicológicos y sobre todo, no todos desarrollan las mismas enfermedades de adaptación ante la persistencia de las condiciones de estrés.
http://alcmeon.com.ar/4/16/a/16_06.html.

Debido a lo mencionado anteriormente los policías desarrollan una variedad de síntomas que se relacionan con enfermedades psicológicas, entre ellas el TEPT.

Como es conocido el TEPT se caracteriza por presentar varios síntomas, entre los que cabe destacar, evitación, recuerdos invasivos, hiperactividad fisiológica, sueños y flashbacks referentes al hecho traumático.

En nuestra muestra, a través de la aplicación del PRIME MD, encontramos que los síntomas del estrés más predominantes fueron: preocupación por su

salud con un 57%, equivalente a 24 uniformados, tensión familiar con un 45% equivalente a 19 uniformados, no poder confiar en nadie cuando se presenta un problema con un 40% equivalente a 17 sujetos, pensamientos o sueños de algo terrible que le haya ocurrido en el pasado con un 36% equivalente a 15 personas.

Según estudios epidemiológicos la queja principal de los policías con síntomas de TEPT es que ellos no se sienten comprendidos por sus familiares y amigos, ni tampoco por los médicos, psicólogos y psiquiatras quienes algunas veces hacen recomendaciones ineficaces a la problemática. En esta queja se evidencia la falta de apoyo social percibido por lo que se hace necesario que dichos uniformados reciban más soporte del círculo familiar y social, lo que permitirá la amortiguación y enfrentamiento del estrés. (Belloch y cols, 1995)

En poblaciones con alto índice de estrés es predominante la presencia de enfermedades asociadas a este. Las respuestas del TEPT se entienden básicamente en términos de cambios fisiológicos y emocionales. Tales reacciones fisiológicas se han descrito primariamente como modificaciones neuroendocrinas y autónomas (principalmente activaciones del sistema nervioso simpático). Otros cambios fisiológicos asociados al estrés podrían ser secundarios a los cambios hormonales y simpáticos. (Belloch y cols, 1995)

Los componentes emocionales a la respuesta de TEPT son del tipo de emociones negativas, tales como la ansiedad y la depresión. Lo que lleva a la

población a presentar preocupación por la salud, síntoma que puntuó mas alto en nuestra investigación.

Otro de los aspectos más relevante en los resultados de la prueba fue el referido a la reexperimentación del trauma, este puede tener lugar de varias formas tales como, pensamiento, sensaciones, sentimientos, recuerdos o representaciones involuntarias del acontecimiento traumático de forma muy perturbadora para el paciente. La presencia de estas reexperiencias no deseadas y muy desagradables, también denominadas intrusiones postraumaticas caracterizan el trastorno.http://alcmeon.com.ar/4/16/a/16_06.html.

Teniendo en cuenta la presencia de estos síntomas característicos y sus altos porcentajes, los sujetos se ven condicionados a no reaccionar en forma adecuada ante las posibles dificultades que se les presenten en su contexto laboral y social.

Finalmente con relación a las dos pruebas aún cuando estadísticamente no se pudo establecer la relación planteada en la hipótesis de trabajo, ni en lo referente a factores de riesgo (rasgos de personalidad) ni en cuanto a la presencia de síntomas de TEPT (puesto que la correlación fue baja, menor de 0.3), son relevantes los datos obtenidos por los altos índices de los rasgos de esquizofrenia, depresión, paranoia e Hipocondriasis y de síntomas de TEPT en los uniformados de la policía nacional seccional Bolívar de la región de los

montes de María, mostrando que estos se encuentran fuertemente afectados y vulnerables psicológicamente.

Esta problemática lleva a recomendar evaluar los procesos de reclutamiento y selección de la policía, ya que muchos de los uniformados ingresan con problemas psicológicos y familiares previos, que los hacen vulnerables a desarrollar futuras patologías, entre ellas el TEPT, haciéndoles más difícil desempeñar su trabajo.

Se hace por tanto necesaria la intervención constante a través de la implementación de programas de promoción y prevención en esta población, por ser esta alto riesgo debido a las condiciones socio-políticas y de orden público actuales que vive el país, y en especial la zona de los montes de María donde estos desempeñan su trabajo.

Realizar seguimiento constante de la población más vulnerable a presentar síntomas de TEPT; con el objetivo de hacer una detección temprana y evitar el desarrollo de un trastorno psicológico y en tal caso implementar una intervención adecuada.

De igual forma se recomienda cumplir con los ciclos de permanencia y descanso durante y después de haber estado en combate, ya que muchas veces se prolonga el tiempo de permanencia en esta zona, lo que deteriora el ajuste psicológico de los uniformados.

Se propone de parte de las investigadoras el continuar con esta investigación para identificar que otros factores puedan estar influyendo en la aparición de los síntomas de TEPT.

En conclusión, si se tiene en cuenta que sumado a los altos puntajes obtenidos en algunos rasgos de personalidad, tales como, esquizofrenia, paranoia, Hipocondriasis y depresión, y los agentes estresores a los que están expuestos estos policías dadas sus condiciones de trabajo y situación de combate en que viven, podemos decir que están propensos a desarrollar no sólo síntomas de TEPT sino cualquier otro tipo de desajuste psicológico.

Referencias

Allen, S. (1994). Psychological assessment of posttraumatic stress disorder: Psychometrics, current trends, and future directions. Psychiatric clinics of North America, 17, 327 – 347.

American Psychiatric Association (APA). (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales (DSM IV). Barcelona: Masson.

Astin, M., & Resick, P. Manual para tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. España: Siglo XXI.

Belloch, A., Sandin, B. & Ramos, F. (1998). Manual de psicopatología (Vol. 2). España: McGraw Hill.

Blank, A. (1994). Clinical detection, diagnosis, and differential diagnosis of posttraumatic stress disorder. Psychiatric clinics of North America, 17, 351 – 383.

Breslau, M., & Davis, G. (1992). Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: Risk factor of chronicity. American Journal of Psychiatry, 149, 671 – 675.

Charney, D., Deutch, A., Krystal, J., Southwick, S., & Davis, M. (1993). Psychobiologic mechanisms of posttraumatic stress disorder. Arch Gen Psychiatry, 50, 294 – 302.

Coleman, J., Butcher, J., & Carson, R. (1998). Psicología de la anormalidad y vida moderna. México: Trillas.

Cottler, L., Compton, W., Mager, D., Spitznagel, E., & Janca, A. (1992). Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. American journal of psychiatry, 149, 664-670.

Cueli, J., Reidl, L., Martí, C., Lartigue, T., & Michaca, P. Teorías de la personalidad (3a. Ed.). México: Trillas.

Daniels, W. (1996). Bioestadística para el análisis de las ciencias de la salud (3a. Ed.). México: UTEHA.

Davison, G., & Neale, J. (2000). Psicología de la conducta normal (2a. Ed.). México: Limvsa Wiley.

Green, B., Grace, M., Lindy, J., Glecer, G., & Leonard, A. (1990). Risk factors for PTSD and other diagnoses in a general sample of Vietnam veterans. American journal of psychiatry, 143, 729-733.

Gunderson, J., & Sabo, A. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. American journal of psychiatry, 150, 19-27.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2000). Metodología de la investigación. (2ª. Ed.). Mexico: McGraw Hill.

Kinzie, J., Fredrickson, R., Ben, R., Fleck, J., & Karls, W. (1984). Posttraumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps. American journal of psychiatry, 141, 645-649.

Macfarlane, A. (1994). Individual psychotherapy for posttraumatic stress disorder. Psychiatry clinics of north america, 17, 393-403.

Perconte, S., & Goreczni,A. (1990). Failure to detect fabricated posttraumatic stress disorder with the use of the MMPI in a clinical population. American journal of psychiatry, 147, 157-1060.

Perry, S., Difebe,I., Musngi, G., Frances, A., & Jacobsberg, L. (1992). Predictors of posttraumatic stress disorder after burn injury. American journal of psychiatry, 149, 931-935.

Richaud,M., & Sacchi, C. (1999). Variables moderadoras del estrés. Revista latinoamericana de psicología, 31, 355-365.

Salomon, Z., & Prager, E. (1992). Elderly Israeli holocaust survivors during the Persian golf war: A study of psychological distress. American journal of psychiatry, 149, 1709-1710.

Santacruz, H., Lima, B., Lozano,J., Luna ,J. (1988). La atención primaria de salud mental en las víctimas del desastre de Armero, Colombia. Revista latinoamericana de psicología, 34, 13-32.

Sarason, I., & Sarason, B. (1990). Psicología anormal: Los problemas de la conducta desadaptada (3ª. Ed.). México:Trillas.

Schnuir,P., friedman,M., & Rosemberg, S. (1993). Premilitary MMPI scores as predictors of combat-related PTSD syptoms. American journal of psychiatry, 150, 479-483.

Spitzer, R., Kroenke, K., & Williams, J., (1999). Validación y utilidad de una versión de autoaplicación del PRIME MD. American medical association. 1-7.

Sutherland, S., & Davidson, J. (1994). Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. Psychitric clinics of north america, 17, 409-423.

Sutker, P., Allain, A., & Winstead, D. (1993). Psychopathology and psychiatric diagnoses of world war I pacific theater prisoner of war survivors and combat veterans. American journal of Psychiatry, 150, 240-244.

Tomb, D. (1994). The phenomenology of posttraumatic stress disorder. Psychiatric clinics of north america, 17, 237-264.

Vargas, M., & Davidson, J. (1993). Posttraumatic stress disorder. Psychiatric clinics of north america, 16, 737-748.

[http:// www.nci.nih.gov](http://www.nci.nih.gov).

[http://. www.noah.com](http://www.noah.com).

[http://www.humanitarian-psy.org/accueil-s/informations
s/debriefing_s/debriefing_s.html](http://www.humanitarian-psy.org/accueil-s/informations/s/debriefing_s/debriefing_s.html) .

[http:// www.apsa.org.ar/publica/desa5/desa53.html](http://www.apsa.org.ar/publica/desa5/desa53.html).

[http:// www.psiquiatria.com/intersiquis2001/2468](http://www.psiquiatria.com/intersiquis2001/2468)

[http:// www.diariomedico.com](http://www.diariomedico.com)

<http://www.sanamens.com/buscar/formasstress.htm>

[http://www.vd.yahoo.com/M=17/403.1300057.2904235.420863/D=geocities/s=.](http://www.vd.yahoo.com/M=17/403.1300057.2904235.420863/D=geocities/s=)

<http://www.ydl.es/usuaris/e7806312/seidi/conftous.htm-97k->

ANEXOS

ANEXO A

ANEXO B

ANEXO C